

Intensivtherapeutische Konzepte in der Stottertherapie

Claudia Iven* & Bernd Hansen*

Zusammenfassung

Jüngere Studien zeigen, dass in der Stottertherapie intensiv- und gruppen-therapeutische Ansätze extensiven Therapiesettings überlegen sind. Die kürzlich veröffentlichte Leitlinie zu den Redeflussstörungen empfiehlt ebenfalls, nach Möglichkeit intensiv- und gruppentherapeutische Konzepte in die Therapie einzubeziehen. Dieser Beitrag beschreibt die Rahmenbedingungen für intensiv-/intervalltherapeutische Konzepte und zeigt einige Beispiele für deren Umsetzung in Deutschland. Da bislang nur wenige Therapeuten oder Therapieinstitutionen solche Angebote vorhalten, werden die Hindernisse benannt, die die Verordnung und Kostenträgerschaft dieser Maßnahmen betreffen. Der Artikel endet mit den Forderungen nach zukünftig zu erweiternden Therapiemöglichkeiten, die intensivtherapeutische Angebote einschließen.

Schlüsselwörter: Stottern, Stottertherapie, Intensivtherapie, stationäre Stottertherapie, Gruppentherapie

1. Einleitung

Stottern ist ein sehr bekanntes und häufiges Störungsbild. Man geht davon aus, dass weltweit und über alle Kulturkreise hinweg ungefähr 5% aller Kinder zumindest zeitweise Stottersymptome zeigen und dass sich bei ca. 1% der Erwachsenen eine chronifizierte Stottersymptomatik finden lässt. Damit ist Stottern das zweithäufigste Störungsbild bei Kindern und das häufigste bei Erwachsenen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Häufigkeiten von sprachtherapeutisch relevanten Störungsbildern (vgl. Iven, 2009, S. 31)

Störungsbild	Betroffene in Deutschland
Sprachentwicklungsstörungen	ca. 960.000 Kinder
Stottern bei Erwachsenen	ca. 680.000 Erwachsene
Stottern bei Kindern	ca. 600.000 Kinder
Dysarthrophonien	ca. 130.000 Betroffene aller Altersgruppen
Aphasien	ca. 90.000 Erwachsene



Originalbeitrag
open access

* **Korrespondenz:**
Dr. Claudia Iven
iven@dbS-ev.de

Dr. Bernd Hansen
bernd-hansen@uni-flensburg.de

Zitation: Iven, C. & Hansen, B. (2017)
Intensivtherapeutische Konzepte in der
Stottertherapie.

Sprachtherapie aktuell: Forschung -
Wissen - Transfer Schwerpunktthema:
Intensive Sprachtherapie (4):
e2017-03; doi: 10.14620/stadbs171103

Die Behandlung des Stotterns stand am Anfang der Bemühungen um systematische Sprachtherapie: Die ersten Publikationen zu den damals sogenannten ‚Sprachgebrechen‘ bezogen sich auf die Heilung des Stotterns. Diese frühen Therapiekonzepte waren fast alle so organisiert, dass man sie nach modernem Sprachgebrauch als intensiv- oder intervalltherapeutisch bezeichnen könnte. So wurden die ersten gezielten Therapieversuche ab 1880 in Form von Stotterkursen für Erwachsene, Kuren für stotternde Schüler und Erwachsene oder als Sprachheil-klassen an Volksschulen durchgeführt. Albert Gutzmann, einer der Väter unserer Profession, skizzierte 1889 (5. Auflage 1903) in seinem Buch „Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren“ ein Therapieprogramm, das entweder schuljahresbegleitend mit Gruppen stotternder Schülerinnen und Schüler oder als intensive Maßnahme in Gruppenkursen von vier bis sechs Wochen Dauer durchgeführt werden konnte. Auch die berühmten Stottertherapiekonzepte des letzten Jahrhunderts (Van Riper-Therapie, Non Avoidance, Fluency Shaping etc.) wurden als Gruppentherapiekonzepte für stotternde Schulkinder oder studierende junge Erwachsene entwickelt. Diese Gruppentherapien wurden dann zumeist in den Schul-/Semesterferien durchgeführt.

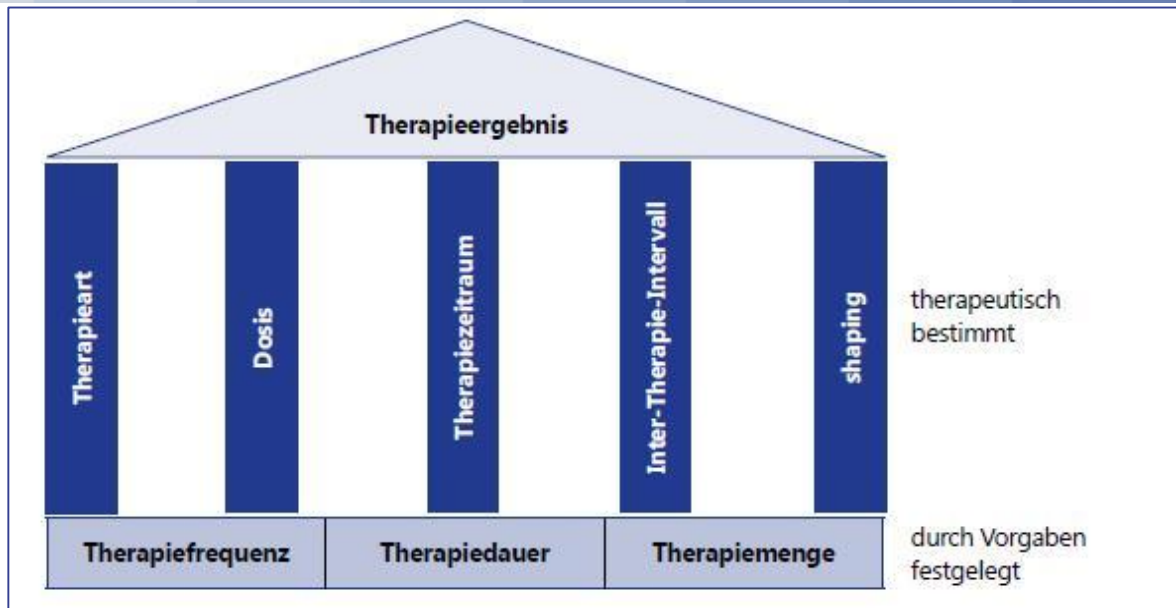


Abbildung 1: Bestimmungsmerkmale der Therapieintensität (Grötzbach & Beushausen, 2017, S. 15)

Das Prinzip der Intensiv-/Intervalltherapie und die Vorzüge von gruppentherapeutischen Settings sind in der Therapie des Stotterns also nichts Neues. Dieser Vortrag wirft einen Blick darauf, wie „intensiv“, „Intervall“ und „Gruppentherapie“ in der aktuellen Diskussion um die Stottertherapie verstanden werden und welche Beispiele zur Umsetzung existieren.

2 Intensität in der Stottertherapie

Therapieintensität bemisst sich nicht nur danach, wie viele Therapieeinheiten pro Woche durchgeführt werden, sondern setzt sich aus verschiedenen Parametern zusammen. Im Buch „Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie“ (Grötzbach, 2017) werden diese Bestimmungsstücke einleitend beschrieben: Die Intensität der Therapie hängt demnach nicht nur von der Therapiefrequenz (Menge der Therapiemaßnahmen pro Zeiteinheit) ab, sondern auch von der Dauer der einzelnen Therapieeinheit und davon, welche Übungsformen angeboten werden, wie lange und häufig diese zu wiederholen sind, was und wie im Intervall zwischen den Therapieeinheiten geübt wird und wie stimmig die Therapieangebote an die Fortschritte des Klienten angepasst werden (s. Abbildung 1).

Im von Grötzbach (2017) herausgegebenen Buch über die Intensitätskonzepte für sprachtherapie-relevante Störungsformen stellen die Autoren übereinstimmend fest, dass die aktuelle Studienlage deutlich für die Umsetzung intensivtherapeutischer Settings spricht:

- intensiv angebotene Therapie erzielt schnellere und größere Therapieerfolge als niedrigfrequente Therapie
- intensivtherapeutische Maßnahmen führen zu besserem und nachhaltigem Transfer in den Kommunikationsalltag

- mit intensivtherapeutischen Konzepten sind bedeutende Fortschritte erzielbar, auch nach langen Chronifizierungsprozessen (z. B. bei Aphasie, Stottern) (vgl. Grötzbach & Beushausen, 2017)

Auch in der aktuellen Stottertherapieforschung verweisen die Studienergebnisse auf Vorteile der Intensiv-, Intervall- und Gruppentherapie:

- Gruppentherapie erweist sich als eindeutig effektiver gegenüber Einzeltherapie
- Intensive Intervalltherapie erzielt signifikant bessere Ergebnisse bezüglich Symptommhäufigkeit, kommunikativer Sicherheit, Abbau von Vermeidungstendenzen, Umgang mit Restsymptomatik etc. als eine einmal wöchentlich durchgeführte Therapiemaßnahme.

(vgl. Euler, Lange, Schröder & Neumann, 2014, Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008)

Die Intensitätsdiskussion in der Stottertherapie erhält auch dadurch Auftrieb, dass eine aktuelle AWMF-S3-Leitlinie „Pathogenese, Diagnose und Behandlung von Redeflussstörungen (DGPP, 2016) erschienen ist, mit der medizinische Fachgesellschaften, Therapeutenverbände (dbs, dbl, ivs) und Vertreter der Selbsthilfe (bvss) eine moderne, forschungsbasierte, klienten- und ICF-orientierte Leitlinie für die Diagnose und Therapie des Stotterns vorlegen. Der Leitlinienautorengruppe ist es dabei erfreulicherweise gelungen, nicht nur die medizinische Evidenz einzubeziehen, sondern auch den klinischen Konsens zu berücksichtigen und damit das jahrzehntealte Erfahrungswissen von Therapeuten und Klienten und die bewährte Therapietradition wertzuschätzen und zu bewahren.

Die langjährig tradierten und bekanntermaßen erfolgreichen Therapiekonzepte haben es, wenn sie nicht aktiv

in die Diskussion einbezogen werden, schwer, einen Platz in der evidenzbasierten Betrachtung von Therapieleitlinien zu finden:

- Die erfahrungsgemäß wirksamen Therapiekonzepte, z. B. des Fluency Shaping-Ansatzes oder des Van Riper-Konzepts, stammen aus den 1950/1960er Jahren, wurden wegen ihrer Effektivität bekannt und lehrend weitervermittelt, aber selten systematisch bezüglich ihrer Wirkfaktoren überprüft.
- Selbstverständlich wurden sie im letzten Jahrhundert entwickelt, ohne die aktuell geltenden Evidenzkriterien zu berücksichtigen; es gibt vielfältige Publikationen zur sachgerechten Auswahl und Durchführung der Therapiemaßnahmen und unzählige Erfolgsberichte von Therapeuten und Klienten, aber nur wenige systematische Studien.
- Da die Konzepte in der therapeutischen Tradition verankert sind und ihre Wirksamkeit so selbstverständlich vorausgesetzt wird, werden kaum aktuelle Studien durchgeführt, die den EBP-Kriterien genügen würden.
- Aber: Auch die bewährten, etablierten Konzepte beruhen auf den heutzutage in fundierten Studien nachgewiesenen wirksamen Faktoren der Symptombeeinflussung (DGPP, 2016).
- Das langjährig gesammelte Erfahrungswissen von Therapeuten und Klienten spricht für die gute Wirksamkeit und Alltagstauglichkeit der Therapiemaßnahmen und der erzielbaren Sprechflüssigkeit.

3 Wirkfaktoren in der Stottertherapie

Die tradierten und die aktuell erforschten Wirksamkeitskriterien schließen sich nicht aus und beruhen auch nicht auf völlig unterschiedlichen Prinzipien, sondern haben eine gemeinsame methodische Basis. So wissen wir mittlerweile recht gut, was sowohl in den tradierten als auch in den daraus entwickelten, neueren und in der Regel besser erforschten Therapiekonzepten wirkt. Aus vielen Effektivitätsstudien ist bekannt, dass alle wirksamen Konzepte darauf beruhen, eine sogenannte stotterinkompatible Sprechweise zu erarbeiten. Dabei kommen ein weicher Stimmeinsatz, eine fließende Phonation ohne Stimmabbrüche, die Verlangsamung des Sprechtempos und gezielte Blocklösetechniken zum Einsatz. Diese Sprechweise kann entweder so erarbeitet werden, dass sie konsequent bei allen Sprechakten angewandt wird (globaler Ansatz) oder so, dass sie nur dann eingesetzt wird, wenn ein Symptom droht oder bereits begonnen hat (lokaler Ansatz). Den nachweislich erfolgreichen Therapie-

konzepten ist gemeinsam, dass sie über die Sprechtechnik hinaus eine Einstellungsänderung gegenüber dem stotternden Sprechen, die Reduzierung von Angst, Scham und Vermeidungstendenzen, eine Desensibilisierung in realen Kommunikationssituationen und eine verbesserte Teilhabe im Alltag der Klienten erzielen (DGPP, 2016, S. 111).

Für die Therapie-Erfolgsbewertung durch die Klienten kommt es entschieden darauf an, wie sich eine neu erlernte Sprechflüssigkeitskompetenz im Alltag umsetzen lässt. Dafür ist maßgeblich, wie autonom und flexibel zwischen verschiedenen methodischen Bausteinen ausgewählt werden kann. So ist es z. B. im Gespräch mit Freunden vielleicht gar nicht nötig, modifizierend in das Sprechen einzugreifen, für ein Gespräch im Kollegenkreis ist eine lokale Technik wahrscheinlich ausreichend, während es in einer sehr herausfordernden Kommunikationssituation mehr Sicherheit geben kann, eine globale Sprechveränderung anzuwenden. Diese selbstständige, klientengesteuerte Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen methodischen Ansätzen ist ebenfalls ein entscheidender Erfolgsfaktor für Stottertherapien. „Deshalb geht es, auch im Sinne der ICF, in der Suche nach der ‚besten‘ Therapie für stotternde Klienten weniger darum, die eine beste Methode zu finden, die es anzuwenden gilt, sondern die Auswahlkriterien zu bestimmen, mit denen die bestmögliche Passung von Therapiekomponenten zu Klientenbedürfnissen hergestellt werden kann“ (Iven & Hansen, 2017, S. 146).

Die aktuelle Leitlinie bezeichnet deshalb nicht nur die evidenzbasiert erforschten Verfahren, sondern auch die traditionell bewährten Konzepte als „Therapieansätze mit belegter Wirksamkeit“ (DGPP, 2016, S. 116) (s. Abbildung 2).



Abbildung 2 - Leitlinien-Bewertung von Therapieansätzen (DGPP, 2016)

Tabelle 2: Pro und Contra Intensivtherapie

Intensivtherapie bei Stottern	
Pro	Contra
Ab dem späten Grundschulalter kann die Therapie in einer Gruppe Mitbetroffener die Kommunikation erleichtern, weil sie ohne Angst, Scham, Mobbingrisiko stattfinden kann	Bei Kindern im Vorschul- und frühen Grundschulalter ist eine sehr individuelle Therapieplanung erforderlich und die Eltern müssen stark einbezogen werden
Der organisatorische Rahmen ist vorgegeben, d.h. die Klienten müssen nicht neben der Therapie auch noch ihren Alltag gestalten	Der organisatorische Rahmen ist vorgegeben, d.h. die Klienten können ihren gewohnten Alltag nicht neben der Therapie aufrechterhalten
Die Arbeit in der Gruppe kann ein hoher Motivationsfaktor sein, Ehrgeiz anfeuern, Unterstützung bieten	Nicht jede/r fühlt sich in Gruppenkontexten wohl und kann sich kommunikativ sowie psychosozial in einer Gruppe öffnen
In der Gruppe findet rund um die Uhr In-Vivo-Training statt, bei dem die erarbeiteten Therapieschritte erprobt werden	Manche Klienten benötigen einzeltherapeutische Anleitung und Umsetzungsbegleitung
Der Abbau von Vermeidungsverhalten fällt in konzentrierten intensivtherapeutischen Settings und im Rahmen der Gruppe relativ leicht	Klienten, die wegen des Stotterns sozial sehr zurückgezogen sind, werden von intensivtherapeutischen Maßnahmen oft überfordert

4 Aktuelle Intensitätsdiskussion in der Stottertherapie

Die Frage, ob eine intensivtherapeutische Maßnahme in der Stottertherapie eingeplant werden sollte, kann nicht pauschal für alle Therapieangebote und Klienten beantwortet werden. Die Ausprägung von Sprechunflüssigkeitssymptomen und psychosozialen Folgeerscheinungen ist so vielfältig wie die Alltagskontexte, in denen die Klienten stehen und die bei der Therapieform-Auswahl ebenfalls berücksichtigt werden müssen. So spricht einiges sowohl für als auch gegen Intensivtherapie bei stotternden Klienten, so dass Einzelfallentscheidungen erforderlich sind (s. Tabelle 2).

Die Leitlinie spricht sich deshalb für einen flexiblen, entscheidungsoffenen und klientengerechten Umgang mit Therapieentscheidungen aus:

„Die Entscheidung, ob eine Therapie intensiv oder extensiv, ambulant oder stationär, als Einzel- oder Gruppenbehandlung angeboten wird, soll sich nach der bestverfügbaren Evidenz und nach anderen Kriterien richten (z. B. Zeitraum, innerhalb dessen eine Veränderung erreicht sein soll, erforderliche Übungsintensität und Einschätzung der Fähigkeit zu selbständigem Üben, Bereitschaft eines Patienten, sich einer Gruppe zu öffnen, Notwendigkeit einer Unterstützung aus dem direkten Umfeld des Patienten [Kindertherapie], begleitete Integration der Therapieziele in den Alltag) und die Möglichkeiten und Interessen des Patienten berücksichtigen.

Wenn die Betroffenen oder Angehörigen sich nach einer Beratung dafür offen zeigen, kann eine Intensivtherapie mit Gruppenanteilen erwogen werden.“ (DGPP, 2016, S. 109)

Der Faktor der „bestverfügbaren Evidenz“ ist durch aktuelle Studien gut belegt: Ab dem Schulalter wirken Therapiekonzepte mit Gruppenanteilen besser als einzel-

therapeutische Angebote, und intensiv-/intervalltherapeutische Strukturen sind extensiven Therapieangeboten überlegen (Euler et al., 2014, DGPP, 2016, Iven & Hansen, 2017).

Als Methoden mit erwiesener Wirksamkeit stellt die AWMF-Leitlinie fest:

Für Jugendliche/Erwachsene

- Restrukturierung (Fluency shaping)
- Modifikation (Van Riper, Non-Avoidance)
- Kombination aus beidem

Für (Vor-)Schulkinder

- operante Verfahren
- indirekte Verfahren

(DGPP, 2016, S. 109; siehe auch Abbildung 2)

5 Beispiele für die Umsetzung von intensiv-/intervalltherapeutischer Stottertherapie in Deutschland

In der Stottertherapie werden die Merkmale der Therapieintensität zum Teil ein wenig anders bestimmt als in der allgemeinen Sprachtherapie. Sie orientieren sich dabei vorrangig an der Organisationsform des Therapieangebots, weniger an der Frequenz und Übungsdichte (s. Tabelle 3).

In Deutschland gibt es derzeit ungefähr 10 intensiv-/intervalltherapeutische Angebote, die zumeist in Form von Ferien- oder Wochen(end)kursen organisiert sind und stationär oder teilstationär stattfinden. Eine Übersicht findet sich in Iven & Hansen, 2017, S. 151 f. Die im Folgenden genannten Beispiele sind dieser Übersicht entnommen und stellen einen Ausschnitt aus dem stationären bzw. als Ferienkurs und intervalltherapeutisch organisierten Bereich dar. Wegen der ständig neu hinzukommenden oder wegfallenden Ange-

bote ist eine vollständige und mittelfristig gültige Übersicht nicht darstellbar.

Tabelle 3: Merkmale intensiver Therapieangebote

Bestimmungsmerkmale der Therapieintensität	
allgemein	in der Stottertherapie
Therapiefrequenz	(teil-)stationäres Setting
Anzahl der Übungen pro Zeiteinheit	ganztägige Therapiestruktur
Standardisiertes linguistisches/motorisches Üben	Einzel- und gruppentherapeutische Phasen
Anzahl der Wiederholungen	Konzentration auf Therapie statt auf Alltagserfordernisse
etc.	Sofortige Anwendung der Sprechveränderung im Gruppenkontext
	Transfer durch natürliche Alltagskommunikation

Beispiel 1: Bonner Stottertherapie, Holger Prüb & Kirsten Richardt

- Stationäre Intensiv-Intervalltherapie für Jugendliche/Erwachsene
- 5 Wochen Therapie (Heimfahrten an den Wochenenden)
- 10 Wochen Pause
- 3 Wochen Therapie
- danach zweimal eine Woche Therapie in den nächsten 10 Monaten
- Ganztägige Gruppentherapie, bei Bedarf Einzeltherapie
- Methodenkombination: Modifikation und Sprechrestrukturierung, hohe Anteile an Transferübungen und Rückfallprophylaxe, Wahlfreiheit des Klienten zur situativen Methodenwahl
- Betreuung im Inter-Therapie-Intervall durch intensive Vorbereitung, Einbezug von Sozialpartnern, Enttabuisierungsmaßnahmen im Alltag

Internet: www.stottertherapie-bonn.de

Beispiel 2: Kasseler Stottertherapie, Alexander von Gutenberg

- Zweiwöchige stationäre Intensivtherapie für Jugendliche/Erwachsene
- Gruppen mit max. 8 TN, 3 Therapeuten
- Gruppen- und Einzeltherapie, Eigenübungen
- Zwei dreitägige Auffrischkurse nach 1 und 10 Monaten
- Methode: Fluency Shaping, Sprechtechnik, Sprechrestrukturierung
- Übungsunterstützung und Nachsorge durch Therapie-software (flunatic®), tägliches Üben der erlernten Sprechtechnik, teletherapeutische Begleitung

Internet: www.kasseler-stottertherapie.de

Beispiel 3: Stärker als Stottern, Georg Thum & Ingeborg Mayer

- Zweiwöchiger Ferienkurs für Kinder (8 - 18 Jahre)
- TN-Zahl: 12 - 16 Kinder in zwei altersabhängigen Kleingruppen (6-8 TN)
- Therapie in Kleinstgruppen (2-4 TN) und Einzeltherapie, 8 Std./Tag
- 5-7 Therapeuten und 4 Studierende, Studiengang Sprachtherapie
- 2 viertägige Auffrisch-Phasen nach 3 und 9 Monaten
- „Sprechwerkzeugkiste“: Methodenkombination aus Modifikation und Restrukturierung für situative und individuelle Wahlfreiheit
- Strukturiertes Übungsprogramm im Inter-Therapie-Intervall, Angebot von Kompakttagen, Skype-Übungen, Kooperation mit wohnortnahen Therapeuten

Internet: www.staerker-als-stottern.de

Beispiel 4: VIERMALFÜNF, Andreas Starke & Robert Richter

- Intervalltherapie mit 4 fünftägigen Intensivphasen in 6 Monaten
- 10 TN, Jugendliche und Erwachsene, hauptsächlich Gruppentherapie, 2 Therapeuten
- Pro Intensivphase 20 Gruppentherapiesitzungen à 90 Minuten, bei Bedarf ergänzt durch Einzeltherapien
- Dreitägiges Abschlusswochenende nach einem Jahr
- Methode: Van Riper/Non-Avoidance-Therapie, Modifikationsansatz
- Betreuung im Inter-Therapie-Intervall durch individuelle Übungspläne, Videokonferenzen, Mailingliste, Gruppenforum etc.

Internet: www.viermalfuenf.de

Die Kosten der Therapie unterscheiden sich je nach Therapieträger und Kostenträgerschaft. Grundsätzlich gilt, dass die Klienten nicht nur die Zeit für die Therapiemaßnahme und ihre Wegekosten investieren müssen, sondern bei vielen Therapieangeboten noch erhebliche Eigenanteile tragen müssen:

- Bonn: vollstationäre Maßnahme, d.h. die Klienten werden stationär aufgenommen und die Krankenkassen übernehmen alle Kosten für Therapie, Aufenthalt, Verpflegung, Fahrtkosten (auf Antrag auch für Wochenend-Heimfahrten)
- Kassel: Übernahme der reinen Therapiekosten durch die Krankenkassen; Unterkunft, Verpflegung, Kursmaterialien sind als Eigenanteil zu bezahlen: 850,- € für Intensivkurs, 190,- € pro Auffrischkurs, 50,- € Anmeldegebühr, Therapiesoftware 755,- € (Softwarekosten können auf Antrag erstattet werden, falls „nachgewiesen wird, dass der TN ausreichend und erfolgreich übt“ (Homepage))

- Stärker als Stottern: Übernahme der reinen Therapiekosten durch die Krankenkassen; Unterkunft für Kind und Eltern, Verpflegung und Reisekosten müssen als Eigenanteil getragen werden
- VIERMALFÜNF: Übernahme der reinen Therapiekosten durch die Krankenkassen; für Unterkunft und Verpflegung fallen 49,- € pro Tag als Eigenleistung an

Die Frage, wie viele Kosten für eine Therapie auf die Klienten zukommen, dürfte deren Wahlfreiheit innerhalb des Therapieangebots erheblich einschränken.

6 Wünsche an eine bessere intensiv-/intervall-therapeutische Zukunft für die ambulante Stotter-therapie

Bislang gibt es in Deutschland zwar nur wenige ambulant bzw. teilstationär stattfindende intensiv-/intervalltherapeutische Angebote, aber immerhin, es gibt sie! Der Rahmen dafür besteht unter anderem in der Heilmittelrichtlinie (HMR) und im Heilmittelkatalog, der in Kapitel 3, Störungen des Redeflusses/RE1: Stottern, auflistet:

- das Heilmittel Sprachtherapie kann in Einheiten von 30, 45 oder 60 Minuten verordnet werden, je nach Belastbarkeit des Patienten
- die Verordnungsmenge des Regelfalles kann bis zu 50 Einheiten betragen
- die Verordnung soll, wenn möglich, als Gruppentherapie erfolgen
- Frequenzempfehlung: mind. 1x wöchentlich (vgl. G-BA, 2011)

Die Verordnung von ambulanten intervalltherapeutischen Gruppentherapien ist demnach HMR-konform möglich. Die gesetzlichen Vorgaben ermöglichen also durchaus, dass flexiblere Angebote für ambulante Stottertherapie einschließlich intensiv-/intervalltherapeutischer Settings entwickelt und etabliert werden.

Eine solche flexibilisierte Angebotspalette könnte in der ambulanten Stottertherapie beispielsweise folgende Merkmale aufweisen:

- Kurze intensive Einheiten + intervalltherapeutische Auffrischkurse (z. B. Stärker als Stottern, VIERMALFÜNF) oder
- Rein intervalltherapeutische Konzepte: mehrere ganztägige oder Wochenend-Kurse in festgelegten Abständen oder
- deutliche Erhöhung der Therapiefrequenz, z. B. viermal wöchentlich oder mehrere Stunden pro Tag und
- wann immer möglich in Gruppenkontexten, gerne auch altersgemischt und heterogen in Bezug auf die Ausprägung des Störungsbildes, der Vermeidungstendenzen, der psychosozialen Belastung etc.

Die eigentlichen Therapieangebote müssen immer von einer guten, alltagsrelevanten Betreuung im Inter-Therapie-Intervall begleitet werden. Zwischen den Therapiephasen müssen daher Klient-Therapeut-Kontakte vereinbart werden, die als regelmäßig vereinbarte Termine für Rücksprache, Therapiegespräche, Feedback zu In-Vivo-Erfahrungen sorgen. Auch die Kontakte der Gruppenmitglieder untereinander müssen gefördert werden, z. B. als regelmäßige regionale Treffen der (Unter-)Gruppe, bei denen Erfahrungsaustausch und Ermutigung stattfinden können. Die Klienten müssen strukturierte, individuelle Übungspläne für die Zwischenzeit erhalten, inklusive Feedbackvereinbarungen und der Möglichkeit, die Aufgaben je nach Rückmeldung anzupassen. Für die erforderlichen Einzel- und Gruppenkontakte können und sollen alle verfügbaren Medien eingesetzt werden: Skype, Mail, Social Media, Telefon-/Videokonferenzen etc. Computergestützte oder App-basierte Übungsformen erhöhen die Übungsintensität und strukturieren das Feedback zusätzlich.

Dass es nur so wenige Angebote intensivtherapeutischer Betreuung gibt, liegt nicht an mangelndem Interesse oder Engagement der Therapeuten, auch nicht daran, dass diese sich der Evidenzbasierung für intensivtherapeutische Gruppenkonzepte verschließen würden. Die Gründe liegen vielmehr in der Organisation des Gesundheitswesens. Eine höhere Intensität in der ambulanten Stottertherapie wäre grundsätzlich sinnvoll, effektiv und machbar, aber:

- Verordner von Sprachtherapie sind extensive Angebote gewöhnt und lassen sich schwer davon überzeugen, den HMR-Rahmen „auf einen Schlag“ für intensive Angebote auszuschöpfen. Klienten oder Eltern stotternder Kinder müssen deshalb oft sehr um eine Verordnung für intensiv-/intervalltherapeutische Settings kämpfen.
- Auch die Kostenträger erzeugen oft erheblichen Argumentationsaufwand, bevor sie eine intensivtherapeutische Maßnahme genehmigen. Ablehnungen aus bürokratischen Gründen sind trotz der vorhandenen Evidenzlage keine Seltenheit.
- Die Krankenkassen vergüten in der Regel nur die reine Therapiezeit. Alles was die Therapeutin und der Therapeut an Vorbereitung, Planung, Klienteninformation, Homepagebetreuung, Catering, Unterkunftsorganisation, Freizeitbetreuung, therapeutischer Betreuung zwischen den Intensivphasen etc. zu leisten haben, damit so ein Angebot überhaupt stattfinden kann, ist unentgeltlich geleistete Arbeit, die den eigentlichen Therapieaufwand bei weitem übersteigt. So ein Ausmaß an selbstausbeuterischem Engagement ist nicht jedem Therapeuten abzuverlangen.

Aus diesen begrenzenden Faktoren resultiert ein 'Wunschzettel', der es bei seiner Umsetzung ermöglichen sollte, dass mehr Angebote entstehen, die der Studienlage entsprechend wirksame intensivtherapeutische Gruppenkonzepte umzusetzen. Für die Zukunft wünschen wir uns, dass

- Intensiv-/Intervalltherapie als leitlinienkonforme Verordnungsoption in der HMR benannt wird
- Verordner und Kostenträger flexible Therapieformen, auch den Wechsel zwischen intensiven und extensiven Phasen, zwischen Gruppe und Einzeltherapie ermöglichen und bezahlen
- die therapeutische Leistung im Inter-Therapie-Intervall vergütet wird
- eine Kostenübernahme für die von Klienten und Therapeuten verwendete Hard- und Software erfolgt
- Catering, Unterkunft und Freizeitbetreuung von den Krankenkassen mitgetragen werden
- eine Vergütung des immensen Organisationsaufwandes für intensivtherapeutische Angebote stattfindet.

Literatur

Baumgartner, St. (2012). Sprechwerkzeuge stottern nicht. Forum Logopädie, 27 (2), 6-11.

Bloodstein, O. & Bernstein-Ratner, N. (2008). A Handbook on Stuttering. 6th Edition. Clifton Park: Delmar.

DGPP (Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie) (Hrsg.). Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M. & Thum, G. (2016). Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie. AWMF-Registernummer 049-013.

Euler, H. A., Lange, B. P., Schroeder, S. & Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. Journal of Fluency Disorders, 39, 1-11.

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2011). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittelrichtlinie/Heilm-RL) in der Fassung vom 20. Januar 2011/19. Mai 2011; www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/ aufgerufen am 25.07.2016.

Grötzbach, H. (Hrsg.) (2017). Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie. Idstein, Schulz-Kirchner.

Grötzbach, H. & Beushausen, U. (2017). Intensität in der Sprachtherapie: Grundlagen. In H. Grötzbach (Hrsg.),

Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie (S. 9-40). Idstein: Schulz-Kirchner.

Gutzmann, A. (1889; 5. Auflage 1903): Das Stottern und seine gründliche Beseitigung durch ein methodisch geordnetes und praktisch erprobtes Verfahren. Berlin, Verlag Elwin Staude.

Iven, C. (2009): Beim Stottern nichts Neues? Aktuelle Evaluationsergebnisse und ICF-basierte Methodenkritik. In U. de Langen-Müller, M. Hielscher-Fastabend & B. Kleissendorf (Hrsg.), Sprachtherapie lohnt sich?! Tagungsbericht zum 10. Wissenschaftlichen Symposium des dbS (S. 29-54). Köln: Prolog.

Iven, C. & Hansen, B. (2017): Intensivtherapie bei Stottern. In H. Grötzbach (Hrsg.), Therapieintensität in der Sprachtherapie/Logopädie (S. 135-158). Idstein: Schulz-Kirchner.

Prüß, H. & Richardt, K. (2014): Die Bonner Stottertherapie. Ein patientenorientierter Kombinationsansatz für Jugendliche und Erwachsene. Forum Logopädie 28 (2), 6-17.

Weblinks

AWMF- Leitlinie:

www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013L_S3_Redeflussstoerungen_2016-09.pdf

Homepages der Therapiebeispiele

www.staerker-als-stottern.de

www.viermalfuenf.de

www.kasseler-stottertherapie.de

www.stottertherapie-bonn.de